Aus der chirurgischen Klinik zu Bonn.

Ueber
Hydrocele muliebris.

Dissertation

bei der

Meldung zum Doktorexamen

der medicinischen Fakultät

der

Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität

vorgelegt

im Februar 1893

von

Heinrich Lethaus

aus Camen.

BONN 1893.

Buchdruckerei Joseph Bach Wwe.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547419_0057

Meinen Eltern

in dankbarer Liebe gewidmet.

Obgleich die Hydrocele muliebris keineswegs eine gerade häufige Erscheinung ist, scheint doch die Kenntnis derselben bereits eine sehr alte zu sein.

Schon in den Werken des Aetius, welcher seine Beschreibungen den Schriften der Hebamme Aspasia entnommen hat, findet sie Erwähnung. Tetrab. IV. Cap. C. 6 heisst es: „Hernia aequosa circa pudendi alas consistit inflationi similis debili ac molli tumore. Et quandoque alter utram, quandoque utramque partem occupat. Ad contactum fluctuationis apparentiam quandoque exhibet. Primum itaque discutientia adhibeantur supra in viris ad hernias aquosas relata, praesertim in virginibus (citirt nach Wechselmann, Langenbecks Archiv 1890. Band 40, Heft 3).

Wenngleich sich nun nicht leugnen lässt, dass die äussere Erscheinung der hydrocele feminae schon in diesen Worten eine im Allgemeinen zutreffende Darstellung gefunden hat, so herrschte doch über die Entstehung und die anatomische Lage dieser Geschwulst noch lange Zeit die grösste Unklarheit. Erst als A. Nuck, Professor der Anatomie zu Leyden den processus vaginalis peritonei auch beim weiblichen Geschlechte auffand und beschrieb, konnte die Hydrocele muliebris mit Bestimmtheit als solche nachgewiesen und als Analogon der männlichen Wasserbrüche hingestellt werden.

Dieser processus, zu Ehren des Autors auch diverticulum Nuckii genannt, durchbricht ungefähr im dritten

Monat des embryonalen Lebens, einer Zeit, zu welcher auch der allerdings nur in geringem Maasse ausgesprochene descensus ovariorum aufzutreten pflegt, die Bauchdecken. Ist der descensus an der linea innominata zum Stillstand gekommen, so hört auch die weitere Ausbildung des processus vaginalis auf, und es beginnt, meist ehe er den äusseren Leistenring passiert hat, seine Rückbildung. Diese, ein einfacher Verklebungsvorgang der dicht aneinanderliegenden Serosaflächen, hat schon lange vor der Geburt ungefähr im siebten Monat ihr Ende erreicht. (Kölliker, Grundriss der Entwicklungsgeschichte des Menschen und der höheren Tiere. Leipzig 1889.)

Eingehende Untersuchungen, welche von Engel (Wiener medicinische Wochenschrift 1857, Nr. 39 und 41) und Niemann (Ueber den processus vaginalis peritonei beim weiblichen Geschlechte und die Cysten der weiblichen Inguinalgegend. Inaug.-Diss. Göttingen 1882) an weiblichen Embryonen und Kinderleichen angestellt worden sind, haben dargethan, dass in vielen Fällen die normale Rückbildung des Scheidenfortsatzes nicht eintritt. Zuckerkandl (Langenbecks Archiv, Band 20 p. 215) konnte sogar nachweisen, dass der processus vaginalis sich mit dem weiteren Wachstum der vorderen Bauchwand vergrössert, falls derselbe nicht zur rechten Zeit obliteriert ist.

Wenn nun die normale Rückbildung des divertuculum Nuckii nicht eingetreten ist, so kann meist durch eine geringe Entzündung der serösen Wandung veranlasst, eine stärkere Absonderung und Ansammlung von Flüssigkeit im Scheidenfortsatz eintreten, sodass äusserlich eine Geschwulst entsteht, welche in der Inguinalgegend, meistens in den grossen Schamlippen

ihren Sitz hat und „Hydrocele muliebris“ oder „feminae“ genannt wird. Smital (Wiener klinische Wochenschrift 1889, No. 42—44) macht zum Beweise, dass es sich bei den weiblichen Wasserbrüchen lediglich um den mit seröser Flüssigkeit gefüllten Scheidenfortsatz handelt, auf die Lage des ligamentum rotundum zur Cystenwand aufmerksam. „Dass die Hydrocele mulibris“, so schreibt er, „wirklich in einer Ansammlung von seröser Flüssigkeit innerhalb des processus vaginalis besteht, bezeugt auch das Verhalten des runden Mutterbandes zur Cystenwand. Man findet dasselbe in der Wand der Cyste meist derart verlaufend, dass es als weisslicher, gelblich rötlicher Strang an der hinteren und inneren Wand der Cyste deutlich zu fühlen ist oder durchschimmert und sich dann weiter peripher im Labium maius verliert. Dies Verhalten zeigt das runde Mutterband nur dem processus vaginalis gegenüber.“

Persistiert der Scheidenfortsatz in seiner ganzen Ausdehnung, so entsteht, wenn sich seröse Flüssigkeit in demselben ansammelt, nach Klob (Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane 1864 p. 385), eine sogenannte „Hydrocele peritonealis“, deren Inhalt mit der Bauchhöhle in freier Verbindung steht. Oftmals ist die normale Involution des processus vaginalis nur teilweise und zwar meist in den proximalen Partien eingetreten, sodass dann ein vom Peritoneum unschlossener Hohlraum im Leistenkanal oder am Eingange desselben entsteht. Kommt es nun zu einer Ansammlung von seröser Flüssigkeit in einem derartigen abgeschlossenen Sack, so bildet sich eine Hydrocele cystica. Ihre Lage ist eine manigfaltige; zu beiden Seiten des Leistenkanales hat man sie angetroffen und mit dem höheren Grade der Füllung rückt sie den Leistenkanal entlang

in die grossen Schamlippen hinab. Nach der Bauchhöhle zu verjüngt sich dieselbe allmählich und hängt mit dem Peritoneum durch einen Stiel zusammen, welcher aus dem in seinen oberen Teilen geschrumpften Scheidenfortsatz besteht und ligamentum vaginale genannt wird. Wenn der processus vaginalis an mehreren Stellen obliterirt ist, so finden sich neben einer Hauptcyste kleine Nebencysten, welche durch bindegewebige Septa von einander getrennt sind.

In einzelnen Fällen ist der Scheidenfortsatz am inneren und äusseren Leistenring zu einer serösen Cyste erweitert, welche mit einander durch einen hohlen Stiel in Verbindung stehen und so eine Hydrocele bilocularis bilden.

Neben diesen primär entstandenen Hydrocelen treten aber auch ähnliche Tumoren auf, welche ursprünglich aus einer Leistenhernie hervorgegangen sind. Tritt nämlich nach Reposition des Inhaltes eines solchen Bruches, durch eine entzündliche Reizung veranlasst, ein seröser Erguss in den Bruchsack ein, so entsteht in der regio inguinalis eine mehr weniger pralle fluctuirende Geschwulst, welche in ihrem Bau mit der Hydrocele muliebris vollkommen übereinstimmt. Dieses Verhalten betrifft jedoch nur die congenitalen äusseren Leistenhernien, deren Bruchsack also der processus vaginalis ist. Handelt es sich um eine Hernia ing. interna oder eine hernia vagino-labialis, nach deren Reposition eine Flüssigkeitsansammlung in dem Bruchsack auftritt, so sind diese Cysten nach dem Vorgange von Niemann und Wechselmann nicht als Hydrocelen sondern als hydropische Bruchsäcke zu bezeichnen.

Im Gegensatz zu den deutschen Forschern sehen Rabère (Essai sur la pathogénie des kystes séreux dits

hydrocele chez la femme Thèse de Paris 1883) und andere französische Autoren, welche die Existenz des processus vaginalis beim weiblichen Geschlechte bis in die jüngste Zeit bestritten haben, die Hernien als die einzigen Entstehungsursachen für die weiblichen Wasserbrüche an. Nach Rabère sind die „sogenannten" Hydrocelen „Hydroceles herniaeres des kystes pseudosaeculaires et kystes sacculaires" oder überhaupt verschiedenartige Geschwülste der grossen Schamlippen.

Wenn man die entsprechenden Verhältnisse beim männlichen Geschlecht in Betracht zieht, so ist die Hydrocele peritonealis muliebris als Analogon der Hydrocele processus vaginalis testis et funiculi spermatici communicans aufzufassen, dagegen ist die Hydrocele cystica des Weibes analog der abgeschlossenen Hydrocele tunicae vaginalis testis beim Manne.

Neben dieser im allgemeinen als Hydrocele processus vaginalis peritonei bezeichneten Form der weiblichen Wasserbrüche findet sich noch eine zweite, welche im Gewebe des runden Gebärmutterbandes ihren Sitz hat und Hydrocele ligamenti uteri rotundi genannt wird.

Im embryonalen Leben entsteht das runde Mutterband, welches an der Bildung dieser Art von Hydrocelen den Hauptanteil hat, aus dem Leistenband der Urniere. Nach Wieger (Archiv für Anatomie und Physiologie Anatom. Abteilung 1885) sondert sich das letztere dadurch, dass es eine feste Verbindung an der Stelle mit den Müllerschen Gängen eingeht, an welcher sich diese zum Geschlechtsstrang an einanderlegen, in 3 Abschnitte. Der obere Teil wird zu einem Zuge glatter Muskelfasern, der vom Parovarium ausgehend im Hilus des Eierstockes eingebettet ist. Der zweite Abschnitt bildet das ligamentum ovarii und dieses setzt sich in das runde Mutterband fort.

Das letztere, aus dem dritten und am mächtigsten entwickelten Abschnitt des Leistenbandes hervorgegangen, reicht vom oberen Ende des Genitalapparates bis zur Leistengegend. Hier dringt es dorsal und lateral vom processus vaginalis durch den Leistenkanal, um in die Fascie und die äussere Haut der grossen Schamlippen auszustrahlen. Auf diesem Wege erhält es innerhalb des Leistenkanales mehrere Muskelbündel, die dem Cremaster beim männlichen Geschlechte analog sind. Was nun den anatomischen Bau des runden Mutterbandes anbetrifft, so besteht nach einer älteren Ansicht von E. H. Weber die erste Anlage in einem hohlen, von Muskelfasern umgebenen Beutel, welcher sich allmählich zu einem soliden Gebilde involvieren soll.

Gestützt auf diese Ansicht sucht Klob, welcher in einzelnen Fällen im Verlaufe des runden Mutterbandes eine Reihe bohnen- bis haselnussgrosser Cysten gefunden hatte, die Entstehung dieser Hydrocelen dadurch zu erklären, dass an den betreffenden Stellen die normale Jnvolution des runden Gebärmutterbandes nicht stattgefunden habe.

Auch Winkel (Lehrbuch der Frauenkrankheiten, Leipzig 1886) sucht die Entstehung der Hydrocele aus einer Bildungsanomalie des runden Mutterbandes zu erklären.

In neuerer Zeit hat nun die Ansicht von E. H. Weber und die darauf begründete Erklärung von der Entstehung der Hydrocele Ligamenti rotundi eine völlige Wiederlegung durch die Untersuchungen von Bramann (Archiv für Anatomie und Physiologie 1884, Anatom. Abteilung p. 314) gefunden, welcher genau nachweisen konnte, dass das runde Mutterband schon in seiner ersten Anlage als ein solides Gebilde auftritt.

Nach diesem Autor besteht das Gubernaculum

Hunteri (Ligamentum rotundum) aus einer äusseren bindegewebigen Schicht, einer Andeutung der fascia transversa und einem aus Bindegewebsstreifen und Bündeln quergestreifter Muskelfasern zusammengesetzten soliden Kern. Das ganze Gebilde wird, soweit es in der Bauchhöhle verläuft, ringsum von Peritoneum umgeben, während es im Leistenkanal extra peritoneal gelegen ist.

Während der Schwangerschaft wachsen nach Wechselmann (Langenbecks Archiv Band 40 Heft 3) die runden Mutterbänder im Gegensatz zu dem continuirlich atrophirenden gubernaculum Hunteri ihrem Analogon beim männlichen Geschlechte zu daumendicken von den Schamteilen bis zur regio epigastrica reichenden Gebilden an, sodass man leicht begreifen kann, dass derjenige Teil des Peritoneums, welcher diese Bänder überzieht mit zur Hyperplasie und weiterhin zu bedeutender Hypersekretion gelangt. Besonders durch letzteren Umstand kommt es leicht zur oedematösen Schwellung des subperitonealen Bindegewebes und zur Bildung von serösen Cysten um und in dem Gewebe des runden Mutterbandes.

Kommen solche Ansammlungen an mehreren Stellen vor, so können sie, wie in dem von Klob beobachteten Falle, das Bild aneinandergereihter Perlen darbieten, welche an Grösse in den meisten Fällen von unten nach oben abnehmen.

Ferner kommt noch hinzu, dass die während der Geburt zu beobachtenden kräftigen Contractionen der runden Mutterbänder leicht Anlass zu Verletzungen an ihrer Anheftungsstelle in der Leistengegeud geben können. Hierdurch entstehen in den sehr hyperaemischen Bändern leicht Gefässrupturen, welche zu Blut-

geschwülsten führen, die sich bei grösserem Umfange bis in die grossen Schamlippen senken. Bends (Hosp. Meddelser Band V 3. 1853) ist der Ansicht, dass derartige Blutgeschwülste nach längerem Bestehen zu Hydrocelen werden können.

Hennig (Zeitschrift für Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe 1868 Nr. 16) macht darauf aufmerksam, dass die Hydrocelen des runden Mutterbandes in vielen Fällen die Eigenschaft zeigen, sich zur Zeit der Menstruation deutlich zu vergrössern. Verfasser führt zur Erklärung dieser „Ebben und Fluthen" des Inhaltes der Wasserbrüche die menstruelle Fluxion an, welche dadurch hervorgerufen wird, dass die Gefässe und Nerven des ligamentum rotundam mit dem „Leben" des Ovariums und des Uterus auf das innigste verknüpft sind.

Gottschalk (Centralblatt für Gynaekologie 1887 p. 323.) verwirft die Bezeichnung Hydrocele oder Haematocele ligamenti rotundi. Nach ihm ist der Ausdruck Hydrocele nur für einen vom Peritoneum umschlossenen serösen Erguss zutreffend; er empfiehlt daher die extraperitoneal gelegenen serösen oder blutigen Flüssigkeitsansammlungen innerhalb der runden Mutterbänder als „Hydrops, Cyste, Kystoma oder Haematoma ligamenti rotundi" zu bezeichnen.

Eine genaue Unterscheidung zwischen einer Hydrocele processus vaginalis und einer solchen des runden Mutterbandes kann wegen der grossen Uebereinstimmung in der äusseren Erscheinung beider Geschwulstformen meist erst nach Untersuchung des exstirpirten Cystensackes gemacht werden.

Hennig (Archiv für Gynaekologie Band 25, 103) macht auf den Verlauf des runden Mutterbandes als für beide Arten charakteristisch aufmerksam. Handelt es

sich um eine Hydrocele des Scheidenfortsatzes, so liegt die Cyste vor dem ligamentum rotundum und das letztere schimmert in den meisten Fällen nach Eröffnung der Geschwulst als weisslicher fibröser Strang an der hinteren Cystenwand durch, während bei einer Hydrocele ligamenti rotundi das Gewebe des runden Mutterbandes in der Cyste aufgeht.

Ein weiteres Merkmal zur Unterscheidung beider Cystenarten ist nach Bergmann (Ueber Hydrocele feminae. Inaug.-Diss. Bonn 1887) ferner in dem Umstande gegeben, dass auf Zug an der freigelegten Cyste Eierstock und Tube prolabieren, falls die Hydrocele im runden Mutterbande ihren Sitz hat.

In den meisten Fällen wird jedoch nur die mikroskopische Betrachtung des exstirpirten Cystensackes die endgültige Entscheidung liefern können. Bei den Hydrocelen des Scheidenfortsatzes ist der Sack glatt und gleich dem Peritoneum mit Plattenepithel ausgekleidet, während bei den Cysten des runden Mutterbandes die Innenfläche nischenartig ausgebuchtet und ohne Epithelbelag ist.

Zu erwähnen wäre noch, dass Hennig (Zeitschrift für Medicin Chirurgie und Geburtshülfe 1868 Nr. 16.) zur Unterscheidung den Umstand verwertet wissen will, dass die Hydrocelen des runden Gebärmutterbandes zur Zeit der Menstruation anschwellen und schmerzhaft werden.

Neben diesen beiden Arten von Hydrocelen, denen die Einteilung, welche Schroeder (Lehrbuch der Frauenkrankheiten, Leipzig 1886) angiebt, zu Grunde gelegt ist, sind noch besonders von älteren Autoren andere Formen aufgestellt worden, die im grossen und ganzen mit obengenannten beiden Arten vollständig zu-

sammenfallen und deswegen wohl nur der Aufzählung bedürfen.

Bends (Hosp. Meddelser Band V, 3, 1853) kennt 3 Arten der Hydrocele feminae.

1) Hydrocele oedematosa v. diffusa d. h. eine seröse Infiltration des Bindegewebes der runden Mutterbänder.

2) Hydrocele peritonealis v. congenita d. h. Flüssigkeitsansammlung im Diverticulum Nuckii.

3) Hydrocele saccata d. h. Flüssigkeitsansammlung in einem geschlossenem Sack, der entweder neu gebildet ist oder von einer abnormen Verlängerung des Bauchfells herrührt.

Begnoli (Archives générales 2 serie, t. V. 1834) nimmt sogar 5 Varietäten an.

1) Ansammlung von seröser Flüssigkeit in dem Zellgewebe, welches das runde Mutterband umgiebt.

2) Ansammlung von Flüssigkeit im Nuck'schen Kanal, der noch mit der Bauchhöhle in Verbindung steht.

3) Ansammlung von Flüssigkeit im Nuck'schen Kanal, der an seiner Oeffnung gegen die Bauchhöhle obliterirt ist.

4) Ansammlung von Flüssigkeit innerhalb des Zellgewebes des runden Mutterbandes.

5) Ansammlung von Flüssigkeit in einem alten Bruchsack.

L. Bandl (Deutsche Chirurgie, Lief. 59). unterscheidet 2 Arten. Hydrocele congenita und cystica, je nachdem der Wasserbruch mit der Bauchhöhle communicirt oder nicht. Verfasser glaubt, dass die 2. Art in den meisten Fällen durch teilweise Verwachsung der Wandung aus der hydrocele congenita hervorgeht, da-

gegen nur selten von Anfang an als geschlossene Cyste auftritt.

Im Gegensatz zu diesen Cysten, welche sich ihrer Lage nach lediglich auf den Scheidenfortsatz und das runde Mutterband erstrecken, sind noch andere Geschwülste mit dem Namen „Hydrocele muliebris“ belegt worden, welche anatomisch und aetiologisch ganz anderen Ursprunges sind.

So kennt Hennig (Archiv für Gynaekologie Bd. 25, 103.) eine Hydrocele muliebris interna, die analog der Hernia directa die Bauchmuskulatur auf gradem Wege durchdringt und nach aussen zwischen den grossen Schamlippen und dem äusseren Leistenring zu Tage tritt. In welcher Weise eine solche Ausstülpung des Peritoneums zu stande kommen soll, ist wohl schwer zu erklären. Es ist vielmehr anzunehmen, dass es sich in dem von Hennig beschriebenen Fall ursprünglich um eine Hernia directa gehandelt hat, zumal eine Communikation mit der Bauchhöhle noch vorhanden war, sodass die Geschwulst nach Wechselmann nicht als Hydrocele sondern als hydropischer Bruchsack zu bezeichnen wäre.

Ferner zeigt Winkel (Lehrbuch der Frauenkrankheiten, Leipzig 1886), dass das Zellgewebe der grossen Schamlippen, welches eine Fortsetzung der fascia superficialis abdominis darstellt, analog der tunica dartos aus zwei Blättern besteht. Kommt es nun zu einer Ansammlung seröser Flüssigkeit zwischen beiden Blättern, so hat diese Geschwulst nach dem Verfasser mit Recht Anspruch auf den Namen der Hydrocele muliebris.

Hennig beschreibt einen solchen Fall, welcher nach einem Hautekzem entstanden sein soll, eine Erscheinung, die um so auffallender ist, da von anderen

Autoren Hautreize zu therapeutischen Zwecken Verwendung gefunden haben.

Das klinische Bild, welches die Hydrocele bei der Untersuchung bietet, ist ungefähr folgendes: Ein Tumor von der Form eines Eies oder einer Birne, welcher in der regio inguinalis seinen Sitz hat, sich nach oben zu verjüngt und in einem Stiele nach der Bauchhöhle zu endet. Die Grösse dieser Geschwulst schwankt in weiten Grenzen. Die kleinsten sind Haselnuss- oder Bohnengross und erreichen bei längerem Bestehen meist die Grösse eines Hühnereies, während Tumoren von der Grösse eines Kindskopfes schon zu den Seltenheiten gehören.

Der Percussionsschall über der Geschwulst ist in den meisten Fällen gedämpft, die Consistenz ist im allgemeinen elastisch, fluctuirend, oftmals derb, indem die Spannung innerhalb der Hydrocele abnorm gross ist.

Eine Transparenz ergiebt sich in allen Fällen, in welchen es sich um abgesackte Tumoren mit serösem Inhalt handelt.

Die Geschwulst tritt meist nur einseitig auf, wenngleich auch vereinzelte Fälle von doppelseitiger Hydrocele im Laufe der Jahre zur Beobachtung gelangt sind. Rechts scheint dieselbe etwas häufiger vorzukommen als links, was ja auch mit dem häufigeren rechtsseitigen Auftreten des processus Nuckii übereinstimmt.

Die Ursachen, aus welchen es zur serösen Ansammlung im Scheidenfortsatz kommt, lassen sich mit Sicherheit nicht angeben. In den meisten Fällen scheinen gerade so wie zur Entstehung der männlichen Hydrocele

geringe entzündliche oder traumatische Reize den ersten Anlass gegeben zu haben. In vielen Krankengeschichten werden das Heben einer schweren Last, Stoss gegen die Leistengegend oder starkes Erbrechen — Zustände die eine geringe Verletzung oder Reizung hervorrufen können — als Entstehungsursachen beschuldigt. Für die Hydrocelen des runden Mutterbandes bilden, wie wir oben gesehen haben, die hauptsächlichsten Veranlassungen zur Entstehung Schwangerschaft und Geburt. In vielen Fällen zeigt es sich, dass die Geschwülste in der Schwangerschaft langsam entstanden sind, oder nach einer Geburt zuerst bemerkt wurden. Daher überwiegt die Zahl der Frauen, welche geboren haben bedeutend diejenige der Nulliparae, welche mit dieser Geschwulst behaftet sind. Nach Hennig stehen 5 Nulliparae 14 Primi- oder Pluriparis gegenüber, während nach der Zusammenstellung von Wechselmann 20 Frauen die geboren haben, und 11 Nulliparae mit Hydrocele behaftet sind.

Das Uebel beginnt meist schmerzlos, die Schwellung ist anfangs gering, schlaff und verschwindet in liegender Stellung oder auf Druck. Nach und noch vergrössert sich die Geschwulst und durch partielle Obliteration des Scheidenfortsatzes kann sich die Hydrocele peritonealis in eine abgeschlossene Cyste umwandeln, so dass sich der Inhalt nicht mehr in die Bauchhöhle zurückdrängen lässt. Beschwerden haben die Patientinnen, solange es sich um Geschwülste mässigen Umfanges handelt, meist nicht. Erst wenn die Tumoren zu beträchtlicher Grösse angewachsen sind, treten spannende und ziehende Schmerzen in der betreffenden Gegend auf.

Der Inhalt der Hydrocele besteht aus einer hellen, gelblichen, serösen Flüssigkeit von sehr hohem Eiweiss-

gehalte, sodass dieselbe in einzelnen Fällen spontan gerann. Die gelbe Farbe geht bisweilen in eine mehr grünliche über, die von den in der Flüssigkeit suspendierten Cholestearintäfelchen herrührt. Oft finden sich grosse kernlose Zellen und vereinzelte Zellkernen, welche nach der Ansicht von Niemann von den der fettigen Degeneration verfallenen Endothelzellen des Scheidenfortsatzes herrühren sollen.

Hennig (Archiv für Gynaekologie, Band 25, 103) fand in einem Falle eine leimige, rötliche Flüssigkeit, welche in der Gestalt heller Flöckchen dentritische Kalkstalaktiten enthielt.

Meist durch ein Trauma veranlasst, zuweilen auch ohne bekannte Ursachen, kann es zu starken Blutergüssen in den Cystensack oder auch zur Entzündung und Eiterung kommen. Mit Beginn derselben wachsen die Anfangs taubenei- oder nussgrossen Tumoren unter Rötung und Schwellung der die Geschwulst bedeckenden Haut rasch zur Grösse eines Hühnereis an und es treten Schmerzen im Abdomen, Erbrechen und Stuhlverhaltung auf, Erscheinungen, wie sie bei einer incarcerierten Hernie sich einzustellen pflegen. Auffallend ist es hierbei, dass die Entzündung des Scheidenfortsatzes, von welcher diese Reizerscheinungen hervorgerufen werden, in den meisten Fällen sich nicht auf die Bauchhöhle fortpflanzt. Es hat dieses Verhalten nach Chiari (Wiener med. Blätter 1879, No. 21—23) und Zuckerkandl (Langenbecks Archiv. Band 20 p. 319) seinen Grund darin, dass durch eine Art halbmondförmige Klappe im Leistenkanal, oder durch den schiefen Verlauf des processus vaginalis in Verbindung mit dem Tonus der Bauchmuskulatur das Eindringen der entzündungserregenden Flüssigkeit in die Bauchhöhle verhindert wird.

Das klinische Bild der Hydrocele muliebris, welches, wie wir oben gesehen haben, den manigfachsten Modifikationen unterworfen sein kann, hat in vielen Fällen eine täuschende Aehnlichkeit mit anderen Tumoren der grossen Schamlippen, vor allen den Inguinalhernien. Zahlreiche Fälle beweisen, dass trotz der genauesten Untersuchung und der peinlichsten Beobachtung sämmtlicher Unterscheidungsmerkmale eine sichere Differentialdiagnose auf eine dieser beiden Arten von Tumoren nicht gestellt werden konnte.

Im allgemeinen lassen sich für die Differentialdiagnose zwischen einer Hydrocele und Inguinalhernie folgende Anhaltspunkte aufstellen:

1) Jede Hernie lässt sich, falls sie nicht zu den irreponibelen gehört, in die Bauchhöhle zurückdrängen, während die Hydrocelen wenigstens nach längerem Bestehen auf Druck keine Volumsabnahme zeigen.

2) Der Percussionsschall über einer Hydrocele ist gedämpft, über einer Hernie tympanitisch oder gedämpft tympanitisch.

3) Bei Erhöhung des intraabdominellen Druckes, wie er durch Husten, Niessen hervorgerufen wird, prallt der Inhalt einer Hernie gegen den untersuchenden Finger stark an, während sich bei einer Hydrocele nur eine Verwölbung des Tumors in toto geltend macht.

4) Im Gegensatz zu den Hernien zeigen die Hydrocelen eine gewisse Transparenz; ausgenommen sind diejenigen Fälle, in welchen die Cysten einen blutigen oder eitrigen Inhalt haben und ferner diejenigen Hydrocelen, deren Wandungen durch Bindegewebswucherung so verdickt sind, dass die Lichtstrahlen einer gewöhnlichen Kerzenflamme nicht durch dieselbe zu dringen vermögen.

5) Die Consistenz der Hydrocele ist prall elastisch und zeigt meist deutlich das Gefühl von Fluctuation, während die Hernien mehr von weicher Beschaffenheit sind.

6) Durch die combinierte Untersuchung wird sich in den meisten Fällen feststellen lassen, dass bei der Hydrocele kein abnormes Gebilde sich von innen her in den Leistenkanal erstreckt, während bei einer Hernie etwaige Darmschlingen, welche in den processus vaginalis eintreten, zu fühlen sind.

Anders liegen die Verhältnisse, wenn es sich um eine Hydrocele handelt, deren Inhalt in Entzündung übergegangen ist und eine circumscripte Peritonitis des Scheidenfortsatzes hervorgerufen hat. Im diesem Falle kann die Unterscheidung einer eingeklemmten Hernie von einer entzündeten Hydrocele oft mit den grössten Schwierigkeiten verknüpft sein.

Wechselmann macht in dieser Beziehung auf die Unvollständigkeit der Einklemmungserscheinungen, welche von einer entzündeten Hydrocele hervorgerufen werden, aufmerksam. In den drei Fällen, welche Chiari (Wiener med. Blätter 1879, No. 21—23) veröffentlicht hat, trat im ersten Falle zwar tägliches Erbrechen ein, aber der Stuhl war nicht angehalten; im zweiten Falle zeigte sich zunächst Stuhlverhaltung, aber kein Erbrechen, dann, als Erbrechen eintrat, erfolgte Stuhlgang; im dritten Falle bestand Obstipation aber kein Erbrechen. Diese Unvollkommenheit der Einklemmungserscheinungen kann in manchen Fällen einen Anhaltspunkt für die richtige Diagnose geben und von Taxisversuchen abhalten, die bei den communicierenden Hydrocelen die Entzündung erregende Flüssigkeit aus dem Wasserbruch in die Bauchhöhle treiben können. Jedoch sind auch Fälle

bekannt (Brunner) [Bruns Beiträge zur klinischen Chirurgie, Band IV. Heft 1, Tübingen 1888]), in welchen alle Symptome einer eingeklemmten Hernie vorhanden waren und es sich trotzdem nur um eine entzündete Hydrocele handelte.

Vereinzelt wurden auch bei einer nicht entzündeten Hydrocele Einklemmungerscheinungen beobachtet, die, wie sich schliesslich ergab, von einer Hernie herrührten, welche sich bei der Entleerung der Hydrocele in den hinteren Partien des Cystensackes vorfand.

Von einer Hernie ovarii unterscheidet sich eine Hydrocele dadurch, dass erstere Geschwulst sich bei jeder Menstruation vergrössert, sehr empfindlich wird und zu bedeutenden Menstruationsbeschwerden Veranlassung geben kann. Auch wird in einem solchen Falle das betreffende Ovarium bei der combinierten Untersuchung nicht an der normalen Stelle nachzuweisen sein.

Andere Affectionen, welche noch zur Verwechselung mit einer Hydrocele führen können, sind die Entzündung und cystische Entartung der Bartholinischen Drüsen. Es ist jedoch nach Wechselmann zu beachten, dass die Cysten dieser Drüsen, die auch mehr in den inneren und unteren Partien der labia maiora gelegen sind, meist multipel auftreten, von höckeriger Beschaffenheit sind und bei der Eröffnung einen fadenziehenden, schleimigen Inhalt entleeren.

Ferner gehören hierher die Blutgeschwülste oder Haematome der grossen Schamlippen. Von einer Hydrocele unterscheiden sich diese Geschwülste dadurch, dass sie nur im Anschluss an eine voraufgegangene Geburt auftreten, undurchsichtig sind und in der Regel nach einigen Tagen eine bläuliche Verfärbung der bedeckeu-

den Haut zeigen, um dann entweder rasch resorbiert zu werden oder in Eiterung über zu gehen.

Um einer Verwechselung mit einem cystisch entarteten Netzbruch, wie es in einem Falle (De Darieu,) Des tumeurs de la grande lèvre improprement appeliés hydrocele de la femme, Thèse Montpellier citirt nach Wechselmann, Langenbecks Archiv, Band 20, Heft 3) vorgekommen ist, zu vermeiden, wird man nachzuweisen haben, dass sich kein abnormes Gebilde von innen her in den Leistenkanal erstreckt.

In einem Falle führte ein Congestionsabscess, welcher von einer Caries der die Symphyse begrenzenden Beckenknochen ausging und sich vor den äusseren Leistenring gesenkt hatte, zur Verwechslung mit einem Wasserbruch. (Wechselmann.)

Die Hydrocele muliebris bedarf, so lange sie keine Entzündungserscheinungen zeigt und der Patientin nicht durch ihren Umfang Beschwerden macht kaum einer eingreifenden Behandlung. Prophylaktisch wird das Tragen eines Bruchbandes nicht unzweckmässig sein, da sich bei ihrem Bestehen leicht eine Hernie bilden kann, auch desswegen, weil in der Jugend die Peritonealwände noch leicht eine Verklebung eingehen können, welche durch den Druck des Bruchbandes begünstigt wird.

Handelt es sich um grössere Tumoren, so wird in den meisten Fällen eine Punction mit nachfolgender Injection von Adstringentien oder antiseptischer Flüssigkeiten angewendet.

Abgesehen von Substanzen, welche in früheren Zeiten hierzu benutzt wurden, wie Wasser, Weiss- und Rotwein sind von verschiedenen Seiten Chloroform, Carbollösung, Jodtinctur, Lugol'sche Lösung, in neuester

Zeit auch Chlorzinklösungen zur Injection empfohlen und verwandt worden. Von einzelnen Gynaekologen wird die Incision und Cauterisation der Cystenwand als heilsam gerühmt. Leider hat es sich herausgestellt, dass sowohl letztere Massnahmen als auch die Injectionen, abgesehen davon, dass sie den Patientinnen besonders schmerzhaft sind und oft wiederholt werden müssen, einen andauernden Erfolg nicht haben erzielen können. Daher schreitet man jetzt, falls es sich um grössere Tumoren handelt, von Anfang an zur Exstirpation der Cyste. Indicirt ist dieselbe immer in denjenigen Fällen, in welchen es sich um eine entzündete Hydrocele handelt, bei welcher eine einfache Punction niemals genügt.

Die Exstirpation besteht in der Spaltung der über der Cyste befindlichen Haut und Fascien. Ist man bis auf die Wandung selbst vorgedrungen, so wird dieselbe praeparirend aus ihrer Umgebung ausgeschält und der Stiel, an welchem die Geschwulst befestigt ist, unterbunden und abgeschnitten. Alsdann wird die Wunde mittels einiger Näthe geschlossen und mit einem aseptischen Verbande umgeben.

Professor Trendelenburg, welcher in früheren Fällen auch die Exstirpation des Cystensackes ausgeführt hat, bediente sich in dem unten beschriebenen Falle der von Volkmann zur Behandlung der männlichen Hydrocelen angegebenen Radicaloperation. Nach Spaltung der Haut über dem Tumor dringt man bis auf die Wandung der Hydrocele vor. Diese wird der Länge nach geöffnet und der Inhalt vollständig entleert. Alsdann wird die Wand mit einigen Catgutnäthen an die äussere Haut befestigt, ein Drain in den Cystensack geschoben und die Wunde mittelst eines aseptischen Verbandes abgeschlossen.

Der Verbandwechsel erfolgt je nach der Durchfeuchtung desselben in 4—6tägigen Zwischenräumen. Nachdem das Drain ungefähr am 6. Tage entfernt ist, geht die Heilung der Wunde schnell vor sich, sodass dieselbe meist schon nach 14 Tagen geschlossen ist.

Zur Charakterisirung der Behandlungsmethoden in früheren Zeiten will ich noch erwähnen, dass Spencer, Wels und Hennig einen Eisendrath durch den Cystensack legten und die Hydrocele so durch Obliteration der Wandung zur Heilung brachten.

Durch die oben angegebenen Radicalbehandlungen der Hydrocele wird wohl nimmer eine dauernde Heilung erzielt, welche, wie Hennig zeigt, auch vom Geburtshülflich gynaekologischen Standpunkte von wichtigem Interesse ist, indem

1) in einem Falle eine 14jährige Unfruchtbarkeit durch Operation eines Wasserbruches geheilt wurde.

2) eine Hydrocele die Geburt hindern oder erschweren kann.

3) puerperale Ergüsse aus der Bauchhöhle in den Scheidenfortsatz wandern können.

Obgleich die Hydrocele muliebris keineswegs zu den häufigsten Affectionen gehört, so sind doch im Laufe der Zeit bereits eine ganze Reihe von Fällen in der Litteratur veröffentlicht worden.

Hennig hat 41 Fälle gesammelt; in einer mir vorliegenden Dissertation von Bergmann (Ueber Hydrocele feminae. Inaug.-Diss. Bonn 1887.) finden sich 14 Fälle verzeichnet, die wohl zum Teil mit den von Hennig beschriebenen identisch sind.

In letzter Zeit hat Wechselmann 61 Fälle aus der Litteratur gesammelt und statistisch zu verwerten gesucht. Unter diesen befindet sich allerdings eine ganze

Anzahl, welche einer genaueren Prüfung kaum stand halten können, indem es sich in einem Teil der älteren und oft sehr ungenau beschriebenen Fälle auch um jeden anderen Tumor der grossen Schamlippen gehandelt haben kann.

Ich werde nun in folgendem in Anschluss an 2 in hiesiger Klinik beobachtete Fälle diejenigen anführen, welche sich in der Litteratur der letzten Jahre verzeichnet finden und eine Zusammenstellung von Anderen noch nicht erfahren haben.

Aus der chirurgischen Klinik zu Bonn.

Fall I.

Gertrud A., 41 Jahr alt, litt seit ihrer Jugend an einer etwa wallnussgrossen Geschwulst in der rechten Inguinalgegend. Dieselbe hatte sich im Laufe der Jahre nicht vergrössert, liess sich auf Druck verkleinern und machte der Patientin keine wesentlichen Beschwerden. Ein zugezogener Arzt hatte, in der Meinung es handele sich um einen Leistenbruch der Patientin einen Bruchband verordnet, welchen dieselbe auch lange Jahre trug. Seit Februar 91 jedoch war die Geschwulst allmählich so empfindlich geworden, dass das Tragen des Bruchbandes fernerhin unmöglich wurde. Da der Tumor auch seit der Zeit immer mehr an Umfang zugenommen hatte und sich auf Druck nicht mehr verkleinern liess, so sah sich die Patientin veranlasst die Hülfe der hiesigen Klinik in Anspruch zu nehmen.

Bei der am 5. November 92 erfolgten Aufnahme zeigte sich folgender Befund:

In der rechten Inguinalgegend der gesund aussehenden und kräftig gebauten Frau befindet sich ein über gänseeigrosser Tumor, welcher sich nach unten bis

in das labium maius erstreckt. Die Haut über der Geschwulst ist leicht verschieblich und von normaler Beschaffenheit. Der Tumor, welcher eine birnförmige Gestalt hat, zeigt an seinem oberen Ende einen Stiel, der sich zur Bauchhöhle hinzieht. Die Geschwulst ist von glatter Oberfläche und zeigt deutliche Fluction. Lässt man die Patientin husten, so bemerkt man wohl eine Erschütterung der Geschwulst, doch lässt sich ein Prallerwerden derselben, was auf vermehrte Füllung schliessen liesse, nicht nachweisen. Blickt man mittels eines Stethoskopes durch den Tumor gegen ein vorgehaltenes Kerzenlicht, so erkennt man, dass die Geschwulst deutlich durchscheinend ist. Die Percussion ergiebt gedämpften Schall.

Operation: Zunächst wird die Haut über dem Tumor der Länge nach gespalten und die darauf folgenden Fascien schichtenweise zurückpraeparirt. Hierbei wölbt sich der bläuliche von mehreren Gefässen durchzogene Cystensask in die Wunde vor, aus welchem nach Incision eine Menge gelblich seröser Flüssigkeit entleert wird. Die in die Cyste eingeführte Sonde findet in der Höhe des inneren Leistenringes einen Widerstand und kann nicht weiter in die Bauchhöhle vorgeschoben werden. Darauf wird die Wandung der Hydrocele an der Incisionsstelle mit der äusseren Haut vernäht, ein Drain in die Cyste geschoben und die vernäthe Wunde durch einen aseptischen Verband geschlossen.

In den ersten Tagen nach der Operation zeigt sich noch eine geringe Sekretion, jedoch bleibt die Patientin während der ganzen Zeit vollständig fieberfrei und wird anfangs Dezember mit einer kleinen granulirenden Stelle an der Operationswunde entlassen.

Fall II.

Getrud Sch. aus Bonn, 13 Monate alt, bekam nach Aussage der Eltern vor einiger Zeit eine Anschwellung in der rechten Inguinalgegend, die sich auf Druck verkleinern liess. Seit einigen Tagen hatte sich die Geschwulst anscheinend vergrössert und liess sich nicht mehr reponiren, sodass die Eltern sich genötigt sahen, ärztliche Hülfe zu suchen. Bei der Untersuchung am 25. VII. 92 zeigt sich im rechten labium maius eine Geschwulst, welche die Grösse einer Wallnuss hat und sich mit einem derben Stiel durch den Leistenkanal in die Bauchhöhle fortsetzt. Der Tumor ist von glatter Oberfläche, lässt sich nicht reponiren und zeigt beim Husten keinen deutlichen Anprall.

Symptome, welche auf eine eingeklemmte Hernie schliessen lassen, sind nicht vorhanden. Der Stuhl ist regelmässig und Erbrechen hat sich nicht eingestellt.

Da die Punction der Geschwulst, welche in diesem Falle gemacht werden soll, von den Eltern nicht zugelassen wird, so wird der Patientin ein Bruchband verordnet.

Fall III.

(Lambert,) Münchener med. Wochenschrift 1891 Nr. 29) beschreibt folgenden Fall:

Eine 39 Jahre alte Nullipara hatte seit einigen Jahren eine Anschwellung in der linken Leistengegend, die nach ihrer Ansicht durch Heben einer schweren Last entstanden war. Im Anfang war die Geschwulst, welche die Patientin für einen Bruch hielt, welschnussgross, liess sich auf Druck nicht reponieren sondern nur mittels eines Bruchbandes leicht gegen die Bauchwand zurückdrängen. Seit einem Jahr, während welcher Zeit die Patientin das Bruchband nicht mehr angelegt hatte,

war der Tumor bedeutend gewachsen und verursachte ziehende Schmerzen in der Lendengegend.

Beim Eintritt in die Klinik zeigt sich eine Geschwulst von der Grösse einer Mannesfaust und birnförmiger Gestalt. Dieselbe ist elastisch, transparent und giebt überall leeren Percussionsschall. Der Tumor, welcher einen Stiel in den Leistenkanal verfolgen lässt, erstreckt sich nach unten gegen die grosse Schamlippe und lässt beim Husten eine vermehrte Spannung nicht erkennen. Bei der Operation, welche in der Freilegung und Exstirpation der Cystenwand besteht, werden 500 gr. einer serösen Flüssigkeit entleert. Der ziemlich derbwandige Sack, dessen Innenfläche glatt und glänzend erscheint, endet mit einem hohlen Stiel, in welchen in der Gegend des inneren Leistenringes straffe bindegewebige Fasern des ligamentum uteri rotundum ausstrahlen.

F a l l IV.

(Wolters, Ueber Hydrocele feminae. Inaug.-Diss. Kiel 1891.)

Bei einer 42jährigen Frau, welche vor 10 Jahren einmal geboren hatte, zeigte sich in der rechten Schamlippe eine erhebliche Geschwulst, die besondere Beschwerden niemals gemacht hatte. Nach dem Tode, der durch ein vitium cordis verursacht wurde, findet sich bei der Section auf der rechten Seite in der Gegend des äusseren Leistenringes eine längliche plattovale, fluctuirende Geschwulst, welche einen kleinfingerdicken Stiel in den Leistenkanal entsendet. Der Tumor ist ziemlich lose, nur in der Gegend des Stieles etwas fester in das umgebende Fett und Bindegewebe eingebettet. An der Innenfläche befindet sich eine zweite Cyste. Dieselbe sitzt mit einem kurzen, breiten Stiel der vorderen, inneren Fläche des ligamentum rotundum auf, ist weich

elastisch, fluctuirend und von der Grösse eines Taubeneies. Ihre Wandung ist von weisslicher Farbe und bedeutend dünner als die der äusseren Cyste. Der Inhalt lässt sich durch mässigen Druck langsam in die äussere Geschwulst befördern. Beide Cysten stehen also durch den Stiel der äusseren Geschwulst mit einander in Verbindung und bilden so eine Hydrocele bilocularis. Das ligamentum rotundum tritt lateralwärts von der inneren Geschwulst in den Leistenkanal und geht nach Austritt aus demselben auf die laterale Wand der äusseren Geschwulst über, um im Fett des labium maius zu enden.

Fall V.

(Wolters, ebendaselbst.)

In diesem Falle, welcher zufällig bei einer Section gefunden wurde, wird eine genauere Beschreibung nicht gegeben. Es fand sich auf dem rechten ligamentum rotundum am inneren Leistenringe, also innerhalb der Bauchhöhle, eine taubeneigrosse sehr dünnwandige Cyste, welche als Hydrocele processus vaginalis erkannt wurde.

Fall VI.

(E. Michel. Ein Fall von Hydrocele muliebris mit Hernia libera tubae. Allg. Wiener Zeitung 1890. Nr. 17.)

Eine 28jährige Frau beobachtete seit 13 Jahren in der rechten Leistengegend eine weiche Geschwulst, welche sich leicht reponieren liess. Seit einem Monat jedoch war der Tumor bis zur Grösse eines Hühnereies gewachsen, liess sich auf Druck nicht mehr verkleinern und verursachte der Patientin das Gefühl starker Spannung. Anfangs März traten Einklemmungserscheinungen, jedoch ohne Stuhlverhaltung auf. Bei der Untersuchung zeigte sich in der rechten Inguinalgegend eine elastische, fluctuirende Geschwulst, welche überall

gedämpften Perkussionsschall ergab. Repositionsversuche waren erfolglos. Die am 8. März vorgenommene Herniotomie deckte zunächst eine mit gelatinöser Flüssigkeit gefüllte Cyste auf, welche vor dem runden Mutterbande lag und sich aus ihrer Umgebung leicht ausschälen liess. Höher oben fanden sich in einem eigenem Brucksack nicht eingeklemmt Ovarium und Tube, welche leicht reponiert werden konnten.

Fall VII.

(Koppe, ein Fall von Haematocele processus vaginalis peritonei. Centralbl. für Gynaekologie 1886. Nr. 13.)

Eine 27jährige Frau behielt aus einem Wochenbette, welches vor 9 Jahren stattgefunden hatte, eine beträchtliche Anschwellung im linken labium maius zurück, die geringe Druckempfindlichkeit zeigte. Die Geschwulst, welche von dem Autor bei Gelegenheit eines Abortus zufällig bemerkt wurde, sass auf dem linken ramus descendens ossis pubis, war von der Grösse eines Hühnereies und von prall elastischer Consistenz.

Die Haut über dem Tumor, welcher sich nach oben in einen harten Strang verfolgen lässt, ist von normaler Beschaffenheit und kann leicht abgehoben werden. Auf Druck lässt sich die Geschwulst nicht verkleinern, zeigt beim Hustenstoss keine Impulse und für Kerzenlicht keine Diaphanität. Da die Möglichkeit einer Inguinalhernie nicht ausgeschlossen werden kann, wird zur vorsichtigen Eröffnung der Cyste geschritten. Hierbei entleert sich eine homogene chokoladenbraune Masse von schmieriger Consistenz, welche, wie die nachfolgende Untersuchung zeigte, aus körnigem Pigment, hypertrophischen pigmentirten Lymphzellen und freien Zellkernen besteht.

Fall VIII.

(Gottschalk. Centralbl. f. Gynaekologie 1887 p. 329.)

Eine 27 Jahre alte Patientin hatte seit $3^1/_2$ Jahren eine etwa wallnussgrosse Geschwulst in der rechten Leistengegend bemerkt, die in letzter Zeit rasch zur Grösse eines Hühnereies angewachsen war und der Kranken heftige Schmerzen verursachte. Bei der Untersuchung zeigt sich ein Tumor von glatter Oberfläche und prallelastischer Consistenz. Beim Husten ist kein deutlicher Anprall zu fühlen. Der Percussionsschall über der Geschwulst ist gedämpft. Kerzenlicht nicht durchscheinend. Nach Durchtrennung der den Tumor bedeckenden Haut und Fascien tritt eine eiförmige Cyste frei zu Tage, welche am oberen Ende einen ungefähr kleinfingerdicken Stiel in den Leistenkanal entsendet. An der einen Seite dieses Stieles, welcher mit jeder Contraction der Bauchmuskulatur tiefer in die Bauchhöhle zurücktritt, liegt die arteria epigastrica inferior, nach deren Umstechung der abgeschnittene Stumpf in die Tiefe versenkt wird. Die mikroskopische Untersuchung des exstirpirten Cystensackes ergiebt folgendes Resultat: Die Wandung besteht aus einer Schicht glatter Muskelfasern, welche von einer äusserst lockeren, weitmaschigen Bindegewebsmembran umhüllt wird. Die Maschen dieses Gewebes werden um so enger, je näher sie der muskulösen Zone kommen und sind an verschiedenen Stellen mit Leukocyten angefüllt. Die Muskelschicht der Cystenwandung ist bedeutend stärker entwickelt und zeigt auf der Schnittfläche parallele Muskelbündel, die mit schräg verlaufenden abwechseln. Eine grosse Anzahl von Gefässen umspinnt in Capillaren aufgelöst die innerste Schicht der Wandung. Die innere Oberfläche der Cyste zeigt unregelmässige Lücken und

trägt keinen Epithelüberzug. Die Untersuchung des Stieles zeigt dieselbe Formation des Baues, sodass es sich um eine Hydrocele ligamenti uteri rotundi handelt.

Durch diesen Fall ist die Existenz der Hydrocele des runden Mutterbandes, welche noch bis in jüngster Zeit von vielen Autoren, wie Niemann, Wolters und anderen bestritten worden ist, unzweifelhaft als erwiesen zu betrachten.

Gottschalk schliesst sich in betreff der Entstehung dieser Cysten der alten von E. H. Weber und Klob vertretenen Ansicht an, nach welcher die Wasserbrüche des runden Mutterbandes als Bildungsanomalien zu betrachten sind. Da jedoch durch die eingehenden Untersuchungen von Bramann die völlige Unhaltbarkeit der Weberschen Ansicht erwiesen ist, so ist wohl anzunehmen, dass die Hydrocele ligamenti uteri rotundi erst im extrauterinen Leben durch irgend welche traumatische oder entzündliche Reize, welche auf das runde Mutterband einwirken, hervorgerufen wird.

Zum Schluss spreche ich Herrn Geheimrath Prof. Dr. Trendelenburg für die gütige Ueberlassung vorstehender Arbeit und Herrn Privatdocent Dr. Eigenbrodt für die freundlichst geleistete Beihülfe meinen herzlichsten Dank aus.

VITA.

Geboren wurde ich, Carl Heinrich Lethaus, evangelischer Confession am 6. Juni 1868 zu Overberge bei Camen als Sohn des Gutsbesitzers Heinrich Lethaus und seiner verstorbenen Gattin Caroline geb. Middendorf. Den ersten Unterricht erhielt ich in der Elementarschule zu Camen. Vom Jahre 1879 bis 1883 besuchte ich die dortige höhere Bürgerschule. 1883 wurde ich in das Gymnasium zu Burgsteinfurt aufgenommen, welches ich Ostern 1888 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Um mich dem Studium der Medicin zu widmen, bezog ich die Universität Halle, wo ich im Wintersemester 1890/91 die ärztliche Vorprüfung bestand. Im Sommer 1891 genügte ich zu Tübingen meiner militärischen Dienstpflicht beim 7. württembergischen Infanterie-Regiment Kaiser Friedrich König von Preussen Nr. 125. Im Wintersemester 1891/92 begab ich mich nach Bonn und bestand am 9. Februar 1893 das Examen rigorosum.

Meine akademischen Lehrer waren die Herren Professoren uad Docenten:

In Halle: Bernstein, Eisler, Eberth, Grenacher, Kraus, Harnack, Volhard, Welcker.

In Tübingen: Garré, Vierordt.

In Bonn: Binz, Bohland, Doutrelepont, Eigenbrodt, Finkler, Geppert, Koester, Krukenberg, Leo, Pelman, Ribbert, Schultze, Saemisch, Trendelenburg, Ungar, Veit, Witzel.

Allen diesen hochverehrten Herren spreche ich meinen Dank aus.

Litteratur.

1. Kölliker. Grundriss der Entwicklungsgeschichte der Menschen und der höheren Tiere. Leipzig 1884.
2. Engel. Einige Bemerkungen über die Lageverhältnisse der Baucheingeweide im gesunden Zustande. Wiener med. Wochenschrift 1857 Nr. 39 und 41.
3. Zuckerkandl. Ueber den Scheidenfortsatz des Bauchfelles und dessen Beziehungen zur äusseren Leistenhernie. Langenbecks Archiv Band XX. p. 215.
4. Klob. Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane. 1864. p. 385.
5. Smital. Ein Fall von Hydrocele feminina. Wiener klinische Wochenschrift 1889, Nr. 42—44.
6. Wechselmann. Ueber Hydrocele muliebris. Langenbecks Archiv. Band 40 Heft 3.
7. Niemann. Ueber den processus vaginalis peritonei beim weiblichen Geschlechte und die Cysten der weiblichen Inguinalgegend. Inaug.-Diss. Göttingen 1882.
8. Rabère. Essai sur la pathogénie des kystes séreux dits hydrocèle chez la femme. Thèse de Paris 1883.
9. Wieger. Ueber die Entstehung und Entwicklung der Bänder des weiblichen Genitalapparates beim Menschen. Archiv für Anatomie und Physiologie anatomische Abteilung 1885.
10. Winkel. Lehrbuch der Frauenkrankheiten. Leipzig 1886.
11. Bramann. Ein Beitrag zur Lehre vom gubernaculum Hunteri. Archiv für Anatomie und Physiologie anatomische Abteilung. 1884 p. 314.
12. Hennig. Zeitschrift für Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe. 1868 Nr. 16.
13. Gottschalk. Ein Fall von Haematoma ligamenti uteri rotundi. Centralblatt für Gynaekologie 1887 p. 329.

14. Bergmann. Ueber Hydrocele feminae. Inaug.-Diss. Bonn 1887.
15. Bends. Hosp. Meddelels. Bd. V. 3. refer. in Schmidts Jahrbüchern 1853. Bd. 80.
16. Archives générales T. V. 1854.
17. Bandl. Die Krankheiten der ligamenta rotunda. Deutsche Chirurgie. Lief. 59.
18. Hennig. Archiv für Gynaekologie. Band 25. pag. 103.
19. Schroeder. Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. Leipzig 1884.
20. Brunner. Bruns Beiträge zur klinischen Chirurgie. Band IV. 1888. Heft 1.
21. Chiari. Wiener medicinische Blätter 1879. Nr. 21—23.
22. Koppe. Ein Fall von Haematocele processus vaginalis peritonei Centralblatt für Gynaekologie 1886 Nr. 13.
23. Lambert. Beitrag zur Kasuistik der Hydrocele feminae. Münchener medicinische Wochenschrift 1891. Nr. 29.
24. Michel. Ein Fall von Hydrocele muliebris cum hernio libera tubae. Allgemeine Wiener Zeitung 1890. Nr. 17.
25. Wolters. Ueber Hydrocele feminae. Inaug.-Diss. Kiel 1891.
26. H. v. Unge. Hydrocele ligamenti rotundi Hygiea. März 1889, 270 ref. im Centralblatt für Gynaekologie 1890 Nr. 40.
27. Coley. Hydrocele in the female Annals of surgery 1892 ref. im Centralblatt für Chirurgie 1893. Nr. 1.